

医薬品の価格 ——医薬品産業政策に係わる基礎的考察——

小 原 久 治

I は じ め に

小論では、別稿において取り上げる薬価基準制度とも関連させて、医薬品の価格はどのようにして決まるかを明らかにする。この場合、医薬品の特殊性からみた薬価の一般的性格を医薬品産業の寡占化、薬価基準制度（保険薬価）、再販売価格維持契約制度（大衆薬の価格）、医薬品の流通機構の視点から明らかにする。次いで、薬価の類別、薬価に関する用語解説、薬価の決め方、製薬企業の乱売防止策について説明する。

II 医薬品の特殊性からみた薬価の一般的性格

医薬品の価格すなわち薬価（drug price, Arzneimittel Preis）には、次の少なくとも6つの一般的性格があると考ええる。

① 薬価基準そのものが医薬品の実勢価格よりも高く設定されている点において、薬価の性格があいまいなものになっている。薬価基準は昭和25年（1950年）9月1日に厚生省保険局医療課長通知をもってはじめて実施された。このときの薬価基準収載品目数は2,316品目であり、薬価基準算定のための薬価調査は物価庁が担当していた。その後、昭和32年4月に「保険医療機関及び保険医療養担当規則」が改正（改正内容：保険医は厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処方してはならない。）され、薬価基準が今日のような二重の性格を、つまり、社会保険診療報酬（健康保険法第43条）における薬価算定の基礎となる薬剤の「基準価格表」としての性格を持つとともに、保険医療における薬剤の使用範囲（保険医療機関及び保険医療養担当規則第19条第1項）を示した「品目一覧表」としての性格を持つようになった。今日、医薬品の販売許可数は十数万と言われているが、このうち薬価基準収載品目数は、昭和61年3月17日現在の場合には、13,458品目を数えるまでに至っている。薬価基準は厚生省の薬価調査を基礎資料として決められる。厚生省は毎年1回、全国の病院の1／3と一般診療所の1／30に調査票を配布して、B価品目（製薬企業が卸売価格を指定する品目）と相場品目（1品目を2社以上が製造する品目）のそれぞれ100品目について薬価調査対象先が実際に購入した価格すなわち実勢価格（実際に医薬品市場で販売されている価格。A価、B価、C価などの架空建値品価格に対比される価格。）を調査し、バルクライン方式（Bulkline method、大多数価格線。）で全国の病院と一般診療所が購入した数量のうち90%の数量が購入できる各品目の価格をもって薬価基準と定める。この薬価基準が適用されるのは医療用医薬品であるが、そのすべてではなく、保険薬剤としては不適當な高い薬には適用されない。また、一般消費者が自由に選択して購入できる大衆薬には薬価基準は適用されない。現行の医療保険制度の下で医師が保険医療を行って社会保険診療報酬支払基金へ医療費を請求する場合には、使用した薬

剤についてはあらかじめ薬価基準で決めた価格で支払われる。この意味で、薬価基準は保険薬剤に適用される一種の公定価格にほかならない。

それだけに、製薬企業にとって自社の医療用医薬品が薬価基準に記載されるか否かによって、販売高、したがって生産額や輸入額が増加するか否かが左右される。また、薬価基準収載品目が医薬品生産額の過半数を占めていることからみれば、薬価基準の変動は国民医療費の水準に極めて大きな影響を与えていることがわかる。薬価基準が高くなればなるほど、国民医療費の約38%を占める薬剤費がますます異常に増加することになり、健保の赤字が増大し、その分だけ国民医療費が増大することになるからである。そのため、現在90%バルクライン・オンライン方式による薬価基準の決定には根強い反対が噴出しており、新しい薬価基準の算定方式をめぐる議論されている。

ところで、薬価基準が、したがって公定価格が実勢価格を超えていることは、90%バルクライン・オンライン方式が公定価格を現実の医薬品市場の需給均衡価格よりも何倍か高い水準に決めていることになる。結局のところ、厚生省も医薬品産業を産業政策で保護し、医薬品関連企業の攻勢に対抗できる資本を蓄積させるためにも、生産額を増大させようという意図があるのかもしれない。

② 医薬品のどの品目の価格も独占価格や寡占価格のように上方に高く、下方に硬直的に設定されている点に、薬価の生産段階における性格があると言わなければならない。医薬品の各品目を生産・販売できる製薬企業数は1社、ゾロゾロ品メーカーを含めても数社である。1社、しかも新薬の品目であれば、改正薬事法によって新薬発売後6年間は製造特許が保持され、ゾロゾロ品の製造が許可されないの、実際に販売されているときの実勢価格よりも相当高い水準に薬価基準が設定されている。このように高い価格が設定される品目は、大手新薬メーカーのC価品とこの製薬企業が卸売業者に指定できるB価品である。

大手新薬メーカーが大衆薬・チェーン・メーカーである場合には、大衆薬は直販ルートで販売されているので、この製薬企業は系列下の小売業者にA価を指定して小売りさせている。

このように、大手製薬企業は、薬価調査時であってもなくても、高い価格を維持するために、架空建値であるB価やA価を不当に高くつり上げることもできる。この意味で、C価、B価、A価は独占価格にほかならない。

この独占価格は、ゾロゾロ品が多数存在する品目では、真の意味の独占とはならず、1つの価格引下げ競争を生むであろう。この点は、わが国の薬価が欧米に比べて高い現状をみれば、一般消費者や患者にとってよいことである。他方、同一薬効の品目が多数存在することは、医療機関への売り込みをめぐる激しい過当競争を生み、あの手この手の過剰サービスや裏サービスを絡めた無理な押し込み販売、禁止されている添付販売が横行し、その結果として医薬品の過剰投与（いわゆる薬づけ）を招いていることも明らかなことである。

製薬企業が少数である場合には、少数の製薬企業が価格協定や黙契によって自由競争価格よりも高い寡占価格を設定している。製薬企業では、既述のように集中化と寡占化が進み、製薬企業から卸売業者への出荷価格（C価。メーカー仕切価格。逆にいえば、卸売業者が製薬企業から仕入れる価格。）もB価も資本生産性や労働生産性の上昇に応じて低下せず、下方硬直化の傾向が強まっている。さらに、それらの価格は医薬品には代替性がないという特殊性によってかなり高く設定されて

いる。このような理由があるのに、厚生省や中央薬事審議会がC価とB価を寡占価格や独占価格でないとみなし、C価やB価の算定に不可欠の原価計算をしないで、薬価調査対象先の病院や一般診療所がその調査票に必ずしも正しく記載しているとは限らない購入時の価格だけを基礎にして機械的に薬価基準を算定しているのは、明らかに不合理である。

不合理とわかっていて、なぜそれを改めないのであろうか。薬価の安い医薬品を一般消費者や患者に施用し、処方するよう指導することが、薬務行政でなければならないはずである。しかし、そうしたのでは、卸売業者や小売業者、医療機関が得る薬価差益は減少し、ひいては製薬企業の生産額と売上高を減少させ、資本蓄積の進行を鈍化させることになり、新薬開発のための資金づくりに多少とも支障をきたすからであろう。製薬企業に資本力をつけさせる医薬品産業政策は当該企業の体質強化の助長になるとともに、資本力と新薬開発力に優れている外資系企業の攻勢に対抗できる助けになるからであろう。外資系企業の攻勢は昭和50年5月1日実施の資本の完全自由化以来年ごとに激化しており、外資系企業はその世界戦略の一環として日本市場への参入を強化し、製造・販売の増大を図っている。それによって外資系企業の医薬品売上高が増加すればするほど、国内医薬品市場の利益が国外へ流出することになる。そのため、国（厚生省）が政策的に医薬品産業を保護育成することは外資系企業の攻勢から国益を守ることになる。

しかし、わが国の医薬品産業を発展させ、国益を守るために有効な政策であっても、一般消費者や患者にとっては支払う薬剤費が高くなり易く、国民全体が支払う薬剤費も増加し、国民医療費も増大していくという意味では、一般消費者や患者の利益は損なわれ、ひいては福祉と健康に係わる経済的厚生が損なわれるだけでなく、医療保険料から成り立つ医療保険収入の非効率な支出配分となるような政策になり易いのである。

このように、生産段階のC価それ自体には固有の性格があり、このことが製薬企業の指定価格とならざるを得ないB価とA価の性格に大きな影響を与えている。

③ ビタミン剤や抗生物質製剤のような生産集中度の高い品目は、少数の製薬企業が製造しているにすぎず、寡占市場で販売されているので、特にB価の年次推移でみれば、B価にははっきりした価格硬直化傾向がみられる。この傾向がみられるのはそれなりの理由がある。大手製薬企業間では、薬効別あるいは品目別のさまざまな名称の懇談会や懇話会がつくられ、そこで価格談議が行われていることは紛れもない事実である。製薬企業がその納入先（卸売業者や小売業者）いかんによって指定するB価やA価（小売価格）を変更しているのも事実である。このようにして、大手製薬企業が生産・販売する医薬品には一種の管理価格のような性格があるのは疑いない。この管理価格を製薬企業はフル・コストで設定する場合もある。

④ わが国の薬価が高いことは、医薬品の国際比価に最も端的に表わされているが、このことは医薬品の研究開発、特に新薬の開発技術力の遅れにあるといっても決して過言ではない。戦後、わが国の製薬企業は開発技術水準が低かったため、アメリカ、スイス、西ドイツを中心とした海外からの技術を導入し、厚生省から製造許可を得て、製造・販売してきた。外国技術の導入では国産化された医薬品、医療用具および医薬部外品の販売額は、年々増加している。

国内で年間に開発されてくる医薬品のうち、本当に新薬（成分）と言えるのは僅かにすぎない。

昭和42年に厚生省が新たな製造承認基準を示してから承認された新薬（成分）は、表1の通りである。昭和60年11月末までの19年間に承認された新薬（成分）は、609成分であり、このうち国内開発品が263成分(43.2%)、輸入品が346成分(56.8%)である。つまり、わが国の新薬の半分以上は外国からバルク（原材料）を輸入して製品化しているコピー品である。この点からみても、わが国の製薬企業自体がゾロ体質を持っていることは否定できず、その背景として新薬開発の技術力が貧弱であることが指摘されている。

事実、別稿では説明したように、わが国の製薬企業は、昭和59年の場合には、その39.3%は常用従業者数（月平均）100人以下の規模である。1か月の医薬品生産額が1,000万円未満の製薬企業が全体の65.2%占めている。また、資本金規模別研究費の割合をみれば、10億円以上の製薬企業は基礎研究に18%程度を投入しているのに対して、1,000万円未満では1%ほどしか基礎研究に資金をかけていない。このような製薬企業の新薬開発に関する特徴をみる限りでは、わが国の製薬企業は、外国のコピー製品を導入し、それを高い価格で販売して利潤を上げてきたことがわかる。

わが国の製薬企業の技術選択行動には、制度面では明確なわけがある。製薬については、長い間「製薬特許」制度が施行されたため、それを取得するのに時間と研究開発費がかかり、その上リスクの多い新成分の研究開発意欲を失わせてきたことを挙げなければならない。国産の新薬を開発する代わりに、外国の技術をそのまま導入し、その新薬の有効性と安全性を十二分に検討する暇もなく、外国のデイトを信頼して発売している。この点は、医薬品貿易が極端な入超（昭和59年には、医薬品輸入額は3,210億円、同輸出額は1,287億円であり、1,923億円の入超である。）を続けている実情によく表わされている。昭和51年になって、厚生省は「製法特許」を「物質特許」に改正し、その後先発権もそれまでの3年から6年へ延長した。この効果はゾロゾロ品の製造がやや抑制されたことであるが、同年に新薬の製造承認のときの義務事項である動物実験による毒性試験が外国のデイトの転用でもよいことになり、かえってコピー化を助長する結果となっている。

このように、わが国の製薬企業の新薬開発の技術が遅れているために、「一方では、新技術の入超国となり、高価なロイヤリティー（技術料）支払い額が製品価格に加算されて、国際競争上、常に技術先進国に立ち遅れ、他方、さらに重要なことは、安易な外国技術の導入に慣れて自社製品の研究開発を怠っているということである。」（地主重美、『医療と経済』（昭和45年）、280—281ページ）高い薬価の背景を資本力と開発技術力の視点から探ることができるということである。

表1 承認新薬（成分）数

年 次	国内製造	輸 入	計
昭和42年	9	21	30
43	15	23	38
44	9	14	23
45	12	21	33
46	16	23	39
47	11	9	20
48	20	12	32
49	10	12	22
50	12	18	30
51	9	13	22
52	12	16	27(うち1成分重複)
53	19	18	37
54	11	25	35(うち1成分重複)
55	17	16	33
56	19	29	48
57	16	12	28
58	14	18	32
59	11	14	25
60	21	32	53
計	263	346	609
(平均)	(13.8)	(18.2)	(32.0)

資料 『薬事ハンドブック』

注) 殺虫剤、生物学的製剤、体外診断薬を除く。

各年11月末現在。56年は10月末現在。

⑤ わが国の薬価が国際的にかなり高いことは、アメリカ、スイス、西ドイツ、フランス、イギリスなどの先進国の流通経路（日本製薬団体連合会保険薬価研究会編、『欧米の薬価制度』（昭和57年）、24—29ページ。）に比べてわが国の流通経路が複雑であることに起因している。医療用医薬品と一般用医薬品の用途別区分、あるいはバルク品と建値品の区分、再販品、マスコミ品および医療用医薬品の区別を問わず、どの品目の流通経路も複雑である。複雑であればあるほど、多くの流通主体のマージンなどが加算されて、薬価がますます高くなっていくことになる。

⑥ わが国の薬価が相当高い原因には、「薬づけ」（薬剤の過剰投与）がある。薬づけは、一部の医師や医療機関を除いて、算術に堪能で医業収益の追求に熱心な医師や医療機関が行っていることである。なぜそうなるのか。現行の医療保険制度や薬価基準制度の不備を製薬企業や医療機関が巧みに利用しているからである。薬づけに係わる主な原因は、多くの人々が指摘しているように、3つある。(i)薬価基準と実勢価格との乖離が大きいほど、医療機関の薬価差益は大きくなるから、大病院などは一括大量購入、競争入札、年間納入契約などの購入方法で納入価格を値引きさせ、医薬品購入価格とその売上価格との差（純益）の増加を図ろうとする。この純益は薬剤使用量に比例するから、どうしても薬剤の過剰投与がなされる。このことが、国民医療費の約38%も占めている薬剤費を増加させるだけでなく、製薬企業側に値引き分以上の価格を上乗せした薬価を設定させるから、薬価が高くなるはずである。(ii)現行の社会保険診療報酬点数表の不合理的な巧みについて不当に高価な薬剤を使用していることは否定できない。その表では、薬価は事務上の便宜を考えて平均薬価制をとっていることが巧みに利用されているわけである。(iii)製薬企業が不必要に高価な医薬品を生産し、それが保険薬剤となっている上に、プロパーを通じて不必要に高価な薬剤を使用して医療機関は収益を増やしている。このような原因は既述の①に関連することである。

III 薬価の類別

薬価は、バルク品価格と建値品価格の2つに大別して示すことができる。

1. バルク品価格

バルク品価格は、日本薬局方医薬品の価格であり、主として医療用医薬品の価格である。この価格は相対物とも言われる。この意味では、バルク品価格は薬価基準という価格に相当し、A価に相当するものである。さらに、バルク品価格は医薬品の銘柄（商標・名称）で取り引きされている価格ではなくて、「一般名」で取り引きされている価格である。

バルク品価格の存在意義は、医療用医薬品の小売価格（A価）を設定しようとする点にある。この価格の設定によって、製薬企業は医療用医薬品の価格をその実勢価格よりも高く設定し、高利潤を得ている。

2. 建値品価格

建値の原義は、医薬品の取引における標準価格ということである。建値品価格とは、通常、大衆薬のマスコミ品（ナショナル・ブランド）の価格のことであり、マスコミ品の架空建値であるA価、B価（卸売価格）、C価（製薬企業の仕切価格）を決めている商品価格である。この価格はまたB価物と言われる。

① 再販品

	A価	B価	C価
A価が標準	100	→ 70	→ 60
C価が標準	167	→ 117	→ 100

② マスコミ品

	A価	B価	C価
A価が標準	100	→ 70	→ 70
C価が標準	143	→ 107	→ 100

③ 医療用医薬品

	A価	B価	C価
A価が標準	100	→ 80	→ 70
C価が標準	143	→ 115	→ 100

図1 医薬品の標準的な価格体系

医薬品の複雑な流通機構における標準的な価格体系は、製薬企業懇談会編、『製薬企業の現状と考察』（昭和40年）、144ページ、によれば、再販品（これは大衆薬の場合）、大衆薬の中のマスコミ品、医療用医薬品については、架空建値表示で図1のようになっている。実際の取引ではこの価格体系に従わないのは当然のことである。この価格体系はあくまでも標準であり、卸売業者が多くなればなるほど、それだけ末端の小売価格は高くなる。したがって、医薬品の卸流通や小売流通が複雑であればあるほど、卸売業者のマージンも多くなり、製薬企業はB価をより高く、あるいは再販価格をその販売戦略によ

ってより高く指定せざるを得なくなっている。

建値品価格の存在意義は、製薬企業が生産物差別化（医薬品の品質は外見上変わらないのに広告や宣伝などの非価格競争によってその品質が変わっているように見せること。）を強化して特定の小売価格を維持しようとする点にある。つまり、製薬企業はその医薬品販売促進政策を展開し、自社系列下の卸売業者や小売業者に対して再販価格やマスコミ価格を指定して、場合によっては指導価格を設定させることによって、建値価格を維持しようとする。この政策を通じて、製薬企業は卸売業者や小売業者の乱売すなわち値引き販売あるいは割引き販売を防止し、ひいては高利潤を確保したいからである。

IV 薬価に関する用語解説

- 1 架空建値——医薬品の建値はA価，B価，C価で決められるが，医薬品の実勢価格がそれを下回り，建値がまったく有名無実化していることである。
- 2 実勢価格——医薬品が医療機関や薬局などの市場で実際に販売されている価格。
- 3 指導価格——製薬企業（製薬メーカー）が建値を維持するためにB価，C価建値に近い所で設定した価格。最近是指導価格が限度価格などに置き換えられる傾向がある。
- 4 銘柄格差——医薬品が同一成分，同一規格のものであっても，原料の純度，製法の違いによって吸収，代謝，排泄の差があり，医薬品が商品として市場へ出た場合，銘柄別に値幅格差があつて当然という考えに基づくものである。
- 5 値幅再販——再販品の価格で小売業者の自由裁量によって多少の売値幅を認めているもののことである。
- 6 確定再販——値幅再販とは異なり，厳重に価格維持を行うことである。
- 7 バックマージン——卸売業者が製薬メーカーからの仕入価格そのままて病院，一般診療所などへ納入した場合，製薬メーカーが卸売業者へ支払う保証マージンのことである。
- 8 潜在マージン——病院，一般診療所などの仕入価格と社会保険診療報酬支払基金などへの請求価格（薬価基準）との差額である。病院などにとっては収入源の1つである。

9 総価見積——病院入札などの場合、個々の医薬品単価を不問にして購入総額のx%引きで決める購入方法。

10 リベート商法——「医療機関で使う薬の値段は、薬価基準で決まっているが、不思議なことに、自由競争のはずの卸段階の流通価格も、事実上メーカーの“監視下”に置かれている。

たとえば、Aという薬があるとする、メーカーは、系列の間屋へは価格を指示して出荷する。過当競争下では、必然的に値引き販売になるが、あとで薬価基準にはね返るような値引きは避けたのがメーカーの立場だ。そうなれば、メーカーのもうけも簿くなるので、コントロールしているわけだ。そこで、登場してくるのがリベート。

卸問屋から医療機関へは、メーカーの指示どおりの値段で納入しておいて、値引き幅を圧縮する代わりに、医療機関にはリベートで埋め合わせをする。卸問屋は、そのリベート分をメーカーに請求する仕組みである。

この卸問屋から医療機関へ支払われるリベートは、納入価格の10%が相場だ。月間、100万円の薬を購入している医療機関は、実質的に90万円で購入していることになるが、これは帳簿上には現われない。つまり、裏金というわけだ。

もっとも、これが税務当局の知るところとなれば、脱税として摘発されることは必至だから、と…。」（読賣新聞社会部編、『薬価の内幕』、昭和57年、154—155ページ。）

V 薬価の決め方

薬価は、既述のように、製薬企業が中心となって医薬品の生産、卸流通および小売流通の各段階において決める場合がある。さらに、現行の薬価に関する諸制度に基づいて薬価が決められる場合がある。この後者の薬価算定方法には、現在3つの方法がある。

1. 薬価基準制度による薬価の決め方

薬価基準制度で決められる薬価は、医療用医薬品（医家向け医薬品とも言う）の価格であるが、そのすべての品目ではない。不当に高価な品目の価格は薬価基準で決められていない。

薬価基準制度による薬価は、①厚生省薬務局が窓口となって製薬企業が提出する薬価基準収載の申請を受け付け、②同省保険局が毎年実施している薬価調査と「市場価格主義」に基づいて、各品目の薬価を90%バルクライン・オンライン方式を中心として算定し、全品目の薬価基準を作成し、薬価基準が決められる手順になっている。市場価格主義とは、医薬品の価格はそのときどきの医薬品販売市場における需要と供給の関係や商習慣などで決められるという考え方であり、同省保険局が薬価基準を算定する際の基本的な考え方となっている。この考え方は、「原価主義」（薬価は原価＋適正利潤を保証して決めるという考え方）に対比させた考え方である。現在、原価方式によって薬価は決定されていない。この方式には、①原価の把握が困難であること、②原価が人件費など諸物価にスライドして上昇すること、③薬価審査手続きが困難であること、という問題点があるからである。

新薬の薬価基準収載申請がなされた場合には、同省保険局と中央薬事審議会は既存の同種品との薬効の差異や安全性などに優位をつけて「類似薬効比較方式」でその収載価格を決める。この段階

ですすでに製薬企業の生産者価格あるいはC価が事実上決まってしまう。そのため、この決め方の背後にはさまざまな形の癒着がないとは言えない。黒いカプセルにならないとも限らない。

2. 銘柄別薬価制度の導入による薬価の決め方

銘柄別薬価制度は、従来の統一限定列記方式を改め、昭和53年2月1日から新たに実施された制度である。この制度になってからは、銘柄別薬価基準は薬価基準の告示形式で示されることになった。この基準は保険薬剤（保険薬）として認められたもの（局方品、生物学的製剤などは除く）をその販売名の50音順に並べたものである。

従来の統一限定列記方式においては、医薬品の同一薬効の品目はどの製薬企業の銘柄（ブランド）でも保険薬として薬価基準への収載価格は同じであった。それが改変されたのは、次の理由があるからである。

当時、新薬の製造承認後3年間（現在は6年間）は後発品（通称、ゾロゾロ品）の製造・販売は禁止されていたので、先発品の製薬企業（先発メーカー）はその新薬の品目で独占価格や寡占価格を決めて高利潤をほしきままにしていたが、その期間が過ぎれば、後発品メーカーはゾロゾロ品を製造・販売するため、両メーカーの間で過当競争が激化してきた。この競争の中で後発品メーカーは値引き販売をしてまで売上額の増加を図った。そのため、同一薬効、同一規格の品目であっても、実勢価格はバラバラで銘柄によって販売価格の差額が余りにも大きかったので、厚生省は銘柄別薬価制度を導入し、そのような薬価差益に絡む販売の実態を改善しようとしたわけである。また、この制度は薬価差益の大きい医薬品の品目についてはその薬価を引き下げるという制度である。

この制度の利点は、薬価差益という極めて変則的な財政負担の軽減、乱売戦略の非有効性などによって医薬品市場の販売取引の正常化につながるのではないかという点にあるというのが、厚生省の考え方である。しかし、現行の医療保険制度をみる限り、医薬品の販売取引の永年の商習慣はそう簡単に変えることはできない。この点からみても、その制度が効果的なものでないことは否定できない。

3. 再販売価格維持契約制度の導入による大衆薬の薬価の決め方

再販売価格維持契約制度（通称、再販制度）とは、ある商品の生産者が、あらかじめ商品が再販売される各段階の販売価格を指定し、各段階の販売業者に対してその指定価格で再販売させ、その価格を遵守させる制度である。この制度は昭和28年の独占禁止法で初めて認められた。現在では、公正取引委員会が昭和29年9月20日に同委員会告示で指定した医薬品だけでなく、カメラ、化粧品、歯みがき、家庭用石鹸などの商品が再販品に指定され、独占禁止法において公正取引の観点から原則として禁止された再販契約の例外として認められている。

この制度が特に大衆薬で必要になるのは、①製薬企業が大量生産した大衆薬は多数の卸売業者や小売業者を通じて販売されるので、これらの販売業者間の価格競争は激化し、この競争に生き残りをかけているため、大衆薬は販売先を確保するためのおとり商品となり易いからである。その際、②製薬企業は自社の大衆薬をおとり廉売や乱売などから防ぎ、その大衆薬の信用を維持しようとするために、この制度が必要になる。

①のことは、結局のところ卸売業者や小売業者の収益だけでなく、製薬企業の利潤も確保難にさ

せ易いという問題点がある。既述のように、医療用医薬品のうち保険薬剤には公定価格としての薬価基準があり、この薬価を大幅に下回る実勢価格の存在、さらに実勢価格は実質的には値下げや過剰サービスや裏サービスによって割引きがなされている。この実質的な値下げで製薬企業の利潤減や卸売業者や小売業者の収益減を補償するために、この制度が必要になる。

この制度の仕組みは、製薬企業が自社の医薬品とりわけ大衆薬を販売する卸売業者に対して卸売価格（B価）を、小売業者に対して小売価格（A価）をそれぞれ指定し、その価格の維持を約束するという契約を結ばせる点にある。この再販制度に違反して乱売や安売りをした場合には、製薬企業がそれらの販売業者に出荷停止などの私的制裁を加えることができるというものである。

このような独禁法に抵触するような強力な制度が大衆薬の場合に大きな問題となるのは、いくつかの理由があるからである。

第1に、現行の再販制度を例外なく採用している大手の製薬企業が不当に高いC価で出荷し、不当な利潤を得る恐れがあるからである。この恐れは実際に現われていることである。製薬企業が品目によっては寡占化しているため、C価が硬直化しており、このことがB価やA価にまで影響を与えていることは疑いない。(i)大手製薬企業は、後述のVIIで説明するように、チェーン制度、それに類した各製薬企業独自の系列化した小売組織を作り、その小売業者と再販売価格維持契約を行っている。この組織は中小の製薬企業の販売市場を締め出すことになり、異業種の企業や外資系企業などの新規参入企業、既存の製薬企業の生き残りも極めて困難にさせている。

その上、(ii)大手製薬企業が自社品の「生産物差別化」(product differentiation)と過大な広告宣伝を含む激しい販売促進政策によって自社品を売り込んでいるから、新規企業が参入し、その大衆薬を販売するためには、販売促進活動に多額の費用を支出しなければならない。このような既存の大手製薬企業の販売面の優位性は新規企業にとって大きな参入障壁となっている。

(iii)既存の大手製薬企業は医薬品の製造技術、その他の特殊なノウ・ハウ、原材料の独占的支配、資金コストの有利性などの諸要因において新規参入企業よりも有利であるから、大手製薬企業の平均費用曲線がどの生産量水準においても潜在的な新規参入企業の平均費用曲線よりも低い位置にある場合には、その大手製薬企業はペイン(J. S. Bain)の言う「絶対費用の優位性」(the absolute cost advantage)を持つことになる。このことは新規企業の参入をますます困難にさせる。このようにして、既存の大手製薬企業は新規参入企業の利潤が最大になる水準よりも低いC価、すなわち、シロス・ラビーニ(P. Sylos-Labini)が定義した「参入阻止価格」(entry-preventing price)を設定して、新規企業の参入を阻止しようとする。そのため、大手製薬企業は寡占化していき、C価を下方硬直的に設定し、医薬品を自由競争価格のように実勢価格で販売しないようになっている。C価が下落しないことは小売価格にまで波及していき、結局は小売価格を下落させないことになり易い。

第2に、医薬品の販売で過度な広告宣伝が持続的に行われる場合には、その過度な費用がC価、さらにB価やA価へ前転していき、他方では非価格競争を激化させる恐れがあり、流通段階では、B価やC価の価格競争がないため、過大なマージンやリベート、添付販売などが行われ易い。この場合、大手製薬企業がそのような持続的な広告宣伝で自社品の銘柄を一般消費者に首尾よく売り込

めたならば、自社品の販売量や売上額が増大するだけでなく、非価格競争の1つである販売促進政策の展開によって再販契約を結んでいる小売業者のマージンも増やすことができるであろう。この展開を通じて大手製薬企業は当然小売マージンを含めた小売価格の引上げ、ひいては生産量と売上額の増大によって利潤の増大を図ることができるであろう。しかも、再販制度が製薬企業の寡占化と生産物差別化に関連すれば、製薬企業にとって再販制度の諸効果は増幅する。逆に、大衆薬の薬価が下方硬直的となるだけでなく、卸流通や小売流通の近代化・合理化などの利益も一般消費者には還元されず、製薬企業の利潤、卸売業者や小売業者のマージンに移転していつている。そのため、大手製薬企業の大衆薬の品目が一旦再販品に指定されたならば、この製薬企業は乱売や値引きによる強大な権限を付与されるので、大衆薬が値下げされる可能性はほとんどないといっても決して過言ではない。そのため、一般消費者は高い大衆薬を買わざるを得なくなっている。この点において、再販契約は大手に限らず中小の製薬企業にとって販売量や売上額の増大を図るのに有利な販売促進政策の1つとなっている。

大衆薬の再販契約状況は、再販契約届出事業者数、品目数、再販品販売額で明らかにすることができる。このうちその事業者数の推移は、昭和29年に田辺製薬1社であったが、40年前後から増加傾向が続き、41年に34社（品目数928, 再販品販売額不明）となり、45年の54社（品目数1,376, 再販品販売額1,285億6,800万円）でピークに達したが、46年に公取委が「再販行為の弊害規制等について」の運用方針を発表して以来、減少傾向を辿り、現在は25社前後で横ばい傾向を示している。

VI 薬価の実態——冰山の一角として——

薬価の実態について、そのごく一部のことであるが、読賣新聞社会部編、前掲書、を引用して説明する。

(1) DM価格の存在

DM価格とは、Direct Mail Price の略称であり、DM業者が医療機関に郵送で情報を与えた薬価のことである。この価格は、医薬品の隠れた購入ルートがあって、いわばアングラ価格が表面化したものである。

(2) 全自病価格の存在

この価格は全国自治体病院価格の略称である。これは、「全自病が、主として現金問屋筋からの情報をもとに毎月作成し、医薬品購入の際の“ガイドライン”として、傘下の病院に流している価格表だった。この表は、卸問屋とわたり合う際の“武器”だから、原則的には、マル秘扱いだ。事前に、会員の病院以外に流れてしまつては、卸問屋側が結束して、値引きに応じないことも考えられるからだ。」（24ページ）「全自病の価格リストにあった医薬品は、全部で約640品目だった。これは、55年12月現在の病院の購入価格で、DMの価格表が流された時期と1か月も離れていないので、比較することは可能と判断できた。……中略……。全自病の取り引き価格の値引き率は、これまで、最高の値引き販売といわれていたDM価格を上回ったのだ。DM販売は、一般には、バナナのたたき売りのように酷評されてきた。」（25ページ）

「……中略……。『これは現金問屋筋の値段で、病院が購入する際の参考価格。実際には、全自病

全体では、薬価基準のほぼ25～30%値引きではないでしょうか』ということになる。それにしても、DM価格、全自病の参考価格表。全自病の実際の購入価格と見てみると、薬価基準がいかにか形骸化しているかがわかる。

全自病を例にとると、年間の薬剤購入費は、2,750億円（54年）に上っているが、この安価購入によって、少なくとも200億円以上の財源が節約されているといわれる。

が、これは、逆に見ると、医療費のムダ遣いだ。薬価基準と実勢価格の差益200億円が、医療行為とは関係なく、医療機関にころがり込んでいることになるからだ。自治体病院の経営は、なかなか厳しい。だから、この差益が、現実の病院の赤字補てんに役立ってきたことは、ある程度認めなければならないだろう。といって、これは、医業経営のあるべき姿ではない。」（29ページ）

（3）流通番号をめぐるクスリ戦争

「薬の外包装に紫外線を当てる。すると、肉眼では何も見えなかった箱の表面に、暗号めいた数字とアルファベットが浮かび上がる。

これが『流通番号』といわれるものだ。この隠し番号をめぐる、ここ10年近くメーカーと現金問屋、さらにはユーザーの病院団体との間で、熱い攻防が繰り広げられてきた。」（49ページ）

「医薬品には、その直接の容器または被包に製造番号または製造記号（製造ロット番号）を記載することが薬事法第50条3号によって義務付けられているが、自治体病院共済会が購入した医薬品については、調査の結果、法定の記載事項以外に、業者が流通上の便宜のために任意に行っていた記載（流通ロット番号）を抹消していたもので、薬事法上の問題は生じない。……後略……。」（51ページ）

「では、なぜ、こうもメーカー側は、流通番号にこだわり続けたのだろうか。

『なぜ、流通番号を付けるか、ですか。それは、品質管理上必要だからです。』

大手メーカーの返事は、こんなぐあいだ。

流通、医療機関の段階で、不良品が見つかったり、重大な副作用が生じたりした場合、この流通番号を手掛りに製品を回収するのだ、というのである。

だが、薬事法を点検してみると、メーカー側のいう回収の手段として決められているのは、製造番号である。

第1次、第2次問屋、あるいは第2市場の中で、紫外線発生機器やX線装置を常備するところは、皆無に等しいことを考えれば、メーカー側の説明は、ますます説得力を欠いてしまう。

『それは、価格維持のための防衛手段なんです。』

東京・神田のある現金問屋の主が、かたくなに口を閉ざしているメーカーに代わって、こう解説する。

『その流通番号は、コンピューターにインプットされているんです。かりに武田薬品なり藤沢薬品なりの薬が、現金問屋ルートで医療機関に流れたとします。メーカーがそれをキャッチすると、すぐコンピューターで、流通経路が検索されます。コンピューターには、流通番号と一緒に、その流通番号の製品を仕入れた卸の店名が入っていますから、その店はただちに割り出される仕掛けです。』

そうして割り出された卸は、制裁をまぬがれない。裏りペートをカットされたり、製品の扱いを一定期間止められたりする。止められた製品が、ヒット中だったりすれば、卸の受ける損失も大きい。値崩しの「犯人」というわけである。

逆にいえば、メーカーは、自分のところの主力製品にしぼって、流通番号を付ける。」(56ページ)

「流通番号を抹消し、改ざんした医薬品を販売し、購入する人々は、一般の市場より安価な医薬品を供給し、入手しようとするのが、その主たる動機である。安価な供給が「公正競争」の結果であるなら、何も流通番号を抹消、改ざんするような姑息な手段に出ないでも良いのではないか？(以下略)

たしかに、この文書の予告どおり6月2日付けで、厚生省薬務局監視指導課長から、各都道府県に宛てて『医薬品の販売行為の適正化について』という通知が出されるのだが、それ以上に、事態は進まなかった。むしろ事態は、メーカー、日医や日卸連サイドの思惑とは逆に動いた、といっている。」(60ページ)

「問題は、公取委に持ち込まれたのだ。

公取委は、この流通番号が、実質的に自由競争を阻害し、独禁法19条（不正公正な取引方法の禁止）に違反する疑いを持って、メーカーの代表らからの事情聴取に乗り出した。

『ある事業者に対し、不当に物質、資金その他の経済上の利益を供給せず、もしくはその供給を制限すること』、『共同行為もしくは、事業者団体から特定の事業者を排斥し、または共同行為もしくは事業団体の内部において特定の事業者を不当に差別的に取り扱うことにより、その事業者の事業活動に著しく不利を与えること』、『自己の取引上の地位が相手方に対して優越していることを利用して、正常な商習慣に照して相手方に不当な条件で取引引きすること』——これらは、独禁法が『不公正取引』としてあげているケースだ。

メーカーや日卸連側が『流通番号は品質管理の手段』と強調しても、その実態的な運用は、明らかに経済的な「拘束力」を伴っている。そこに、公取委は着目した。医薬品の価格が、メーカーの管理価格というのは、常識化している。総じて官公立病院に高く、開業医に安い納入価格が、その証拠だとされる。薬の使用量の多い官公立病院への納入価格が高いのは、薬価基準の「防衛」のためだ。その価格維持の手段の1つとして、秘密めかした流通番号は登場してきた、と全自病側は見えていた。」(61ページ)

長々と引用したが、薬価をめぐる実態を指摘するには、これでも足りないぐらいである。

VII 製薬企業の乱売防止策

製薬企業は、医薬品の乱売防止のために、次の少なくとも5つの措置を講じていると思われる。

(1) 指導価格あるいは指示価格の形成

指導価格は既述の薬価であるが、指示価格は製薬企業が希望する販売価格のことである。この販売価格は卸売業者や小売業者が販売する価格である。製薬企業は、指示価格を形成する方法として、指示価格＝A価＋B価＋C価と考えている。

この指示価格の形成を製薬企業が卸売業者や小売業者に半ば強要しても、乱売すなわち割引販

売は避けられないであろう。薬価基準によって薬価さえ決まってしまうと、乱売してもその品目の薬価は下がらないし、その上購入側の方も安く仕入れられるため、その分だけ薬価差益が取得できるからである。

乱売は一般に簿利多売の原理に従っているから、乱売しても採算は取れているはずである。しかし、乱売を最初に行った卸売業者、現金問屋、小売業者には医薬品のある品目の販売量は減少しないが、乱売の追随者には販売量の減少がありうるため不利である。追随者の需要の価格弾力性の方が小さいからである。

(2) 流通番号による監視

(3) 大衆薬メーカーの直販チェーン組織の形成

大衆薬メーカーの最大手の大正製薬は、約34,000店の特約小売店を持ち、全小売店の約64%を占めていると言われる。特に、医療品扱いされているドリンク剤のリポビタミンDを直販チェーン店を通じて販売しているが、その組織による販売力が高収益（同社の総売上額の約50%を占めていた。）を支える大きな基盤となっている。

エスエス製薬も約17,000店の特約小売店を持って、組織の販売力によって高収益を確保している。このほかの大衆薬メーカー、医療用医薬品の大手メーカーの組織名と小売店（薬局、薬店）の加入店舗数は、表2の通りである。

大衆薬メーカー（直販・チェーン・メーカーとも言う。）の昭和52年の場合のチェーン組織名と加入店舗数は、表3のように、各社とも特約店化、代理店化を進めている。医療用医薬品メーカーの小売店組織化もすでに昭和52年において相当進められている（表2）。

大衆薬メーカーが自社の医薬品を特約小売店へ直販する狙いは、①乱売させないために特約小売店の経営実態を把握し、②流通段階において自社製品の価格維持を図るとともに、③特約小売店に

表2 製薬企業の小売店組織化

メーカー名	組 織 名	加入店数 (店)
武 田	タ ケ ダ 会	42,000
中 外	中 外 会	30,000
山 之 内	山 之 内 会	29,000
三 共	三 共 S P S	27,000
藤 沢	フ ジ サ ワ 会	23,000
第 一	一 や く 艸 木 会	22,800
興 和 新 薬	コーワモニター会	21,900
田 辺	M S C	19,000
エ ー ザ イ	新 チョコラ会	18,900
小 野	オ ノ 会	18,500
荒川長太郎	A V C 会	38,000
参 天	サ ン チ 会	27,000
ロ ー ト	ロ ー ト 会	15,500
S K F	コンタック会	30,000

資料 薬事日報社調べ（昭和52年）

表3 直販・チェーン・メーカーの15社チェーン組織

メーカー名	チェーン組織名	加入店数 (店)
大 正	E A S 組 織	34,000
エ ス エ ス	エスエスチェーン	17,000
佐 藤	佐 藤 協 力 会	11,000
カ ネ ボ ウ	カネボウ薬品チェーン	9,000
全 薬 工 業	全薬パワーライン	8,000
ミヤリサン	ミヤリサン共栄会	7,000
日 水	日 水 会	1,800
ゼ リ ヤ	ゼリヤフランチाइズストア	6,600
三 宝	三宝チェーン	5,800
カ イ ゲ ン	カ イ ゲ ン 会	5,000
小林薬品工業	K K チェイン	5,000
湧 水	レオピン会	3,000
伊 丹	イ タ ミ 会	3,000
小 林 薬 学	コバヤシファミリーサークル	2,500
日 野 薬 品	日 野 会	...

資料 薬事日報社調べ（昭和52年）

小売マージンを確保させるという点にある。

このような大衆薬メーカーが直接自社が設けた一定の条件を満たした特約小売店へ自社製品を販売するという直販チェーン方式では、直販メーカーが特約小売店へ直販する仕切価格は、A価を100とすれば、50を基準としているようである。

以上の方式のほかに、2つの販売方式がある。

(i) 委託販売方式

この方式は、大衆薬メーカーが卸売業者や小売業者に自社製品の販売を全面的に委託販売する方式である。この方式では、大衆薬メーカーのブランドを使わずに、委託した卸売業者や小売業者で定めたプライベート・ブランドを使用し、そのメーカーは製品だけを一括して提供する。製品の管理や販売促進などについてはメーカーは関与しないので、メーカーの仕切価格は、A価を100とすれば、30～35と言われている。

(ii) 特約店卸販売方式

この方式は、大衆薬メーカーと卸売業者との間に特約店契約を結び、特約小売店を通じて販売する方式である。この方式では、特約小売店に対するメーカーの仕切価格はA価を100として65ぐらいらしい。

ここに挙げた仕切価格は一応の基準であるにすぎない。品目によって、また同一薬効、同一規格のものでも、仕切価格は当然異なるであろう。

どのような販売方式をメーカーがとるにせよ、最近では各メーカーが特約小売店に払うマージン(販売手数料)の差はなくなってきている。各メーカーの価格戦略、販売促進政策が似てきており、特約小売店舗数の差が小さくなっているからである。

(4) 割引販売の放任

割引販売を製薬企業が放任するというのは、大衆薬メーカーが小売業者に小売価格を指示(希望)するだけに止め、小売業者がその指示を受け入れるかどうかは小売業者特に小売店に任せるという政策である。小売店が自ら取得する小売マージンを少なくして、大量の広告宣伝で一般消費者や指定客を獲得しようとする販売促進政策である。

(5) 再販売価格維持契約

製薬企業が卸売業者や小売業者に契約させる再販売価格維持契約は、昭和28年に独占禁止法第24条第2項で認められ、昭和29年にその指定品目になったものである。その内容は、既述のように、乱売をした業者は契約違反を問われて制裁を受けるということである。

昭和38年に、田辺製薬が初めてこの契約を結んで以来、ほとんどの製薬企業が小売店を組織化してその契約を結んでいる。

この例外措置は、医薬品の購入側には小売マージンが少なくなり、その上経営状況を製薬企業に知られ易いため、不利となるものである。さらに、医薬品の値上げの場合や新しく再販契約を結ぶ医薬品の価格については、原価、競合品の価格を検討するという規制があるので、再販を望まない小売業者も増えている。製薬企業にしても、再販制度の導入だけで価格維持を果たせるわけがないのは承知のことであろう。

現状では、再販品の価格維持はそれほどなされておらず、再販品の価格は相当に乱れているようである。再販売価格維持契約は実効がなく、その契約上の規制も乱売広告の規制だけになっている。

VIII む す び

医薬品の価格算定こそは、製薬企業をはじめ卸売業者、小売業者および医療機関にとって極めて重要な問題であることを考察してきた。その薬価算定方式に係わる関係者の価格設定行動は薬価基準制度の適正化を行うのに役立つものでなければならない。

参考文献

- 1 日本製薬団体連合会保険薬価研究会編、『薬価基準総覧』，昭和42年，同研究会。
- 2 薬業時報社編、『薬事ハンドブック』，昭和53年～61年版。
- 3 薬業時報社編、『薬価冬の時代』，昭和59年。
- 4 吉田甚吉，『医薬品業界』，昭和54年，教育社。
- 5 武田公一，「薬価基準の変遷」，『薬事』，第21巻，第11号，1979年11月，208—213ページ。
- 6 黒木武弘，「医薬品の経済行政」，『薬事』，第21巻，第11号，1979年11月，42—51ページ。
- 7 読賣新聞社会部編，『薬価の内幕』，昭和57年。
- 8 菅谷章編，『現代の医療問題』，昭和57年，有斐閣。
- 9 村田正弘，宿前貴子，『ドラッグインフォメーション入門』，昭和57年，薬業時報社。
- 10 一条勝夫，『日本の病院』，昭和57年，日本評論社。
- 11 製薬企業懇談会編，『製薬企業の現状と考察』，昭和40年。
- 12 Bain, J. S., *Industrial Organization*, 1959；宮澤健一監訳，『産業組織論』，上巻，昭和45年，丸善。
- 13 Sylos-Labini, P., *Oligopoly and Technical Progress*, 1962；安部一成訳，『寡占と技術進歩』，昭和39年，東洋経済新報社。
- 14 新野幸次郎，『現代市場構造の理論』，昭和43年，新評論。
- 15 片平彦彦，「製薬企業」，川上武・二木立編，『日本医療の経済学』，昭和56年，大月書店，160—172ページ。
- 16 地主重美，『医療と経済』，昭和45年，読賣新聞社。
- 17 江見康一編，『医療と経済』，昭和59年，中央法規出版。
- 18 日本製薬団体連合会保険薬価研究会編，『欧米の薬価制度』，昭和57年，薬業時報社。